



UNIVERSITA'  
CAMPUS  
BIO-MEDICO  
DI ROMA

## UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

### Modulo per segnalazioni - suggerimenti - reclami

Al direttore Generale

All'Ufficio Relazione con il Pubblico

Il/La Sig./Sig.ra

Residente a ..... Via .....

telefono ..... E-mail .....

Per conto di: (nome e cognome, grado di parentela) .....

oggetto della segnalazione .....

---

---

---

---

Data .....

Firma operatore Urp .....

### da compilare obbligatoriamente

Io sottoscritto/a ..... nato/a ..... il .....

Residente a ..... Via ..... n .....

Autorizzo l'accesso di codesta Azienda alla documentazione sanitaria (cartella clinica, relazioni dei medici, accertamenti specialistici, etc), ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (normativa sulla tutela della privacy), per approfondire e valutare quanto segnalato ai fini dell'istruttoria conseguente alla mia richiesta.

Autorizzo, inoltre, il sig. / la sig.ra ..... (indicare il legame di parentela) ad acquisire, per mio conto, le informazioni sopra richieste.

(Località e data)

(Firma leggibile)

---

### Per informazioni

Ufficio Relazioni con il Pubblico / Policlinico Universitario Campus Bio-Medico  
Via Álvaro del Portillo, 200 - 00128 Roma  
Tel. 06/22.541.1082/1724 - Fax. 06/22.541.1963 - email: urp@unicampus.it